

Gentile Signora /Signore,

Le scrivo per informarLa che una disposizione legislativa consente, agli elettori in particolari condizioni, di poter votare al proprio domicilio.

La richiesta deve essere presentata al Comune nelle cui liste è iscritto l'elettore, insieme a un certificato medico rilasciato dall'"Azienda U.S.L. di Ferrara.

Si ricorda che l'art. 1 della L. 7 maggio 2009, n. 46 stabilisce che sono ammessi al voto domiciliare gli elettori *"affetti da gravissime infermità, tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano risulti **impossibile**, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104"* e *"gli elettori affetti da gravi infermità che si trovino in condizioni di dipendenza continuativa e vitale da apparecchiature elettromedicali, tali da impedirne l'allontanamento dall'abitazione in cui dimorano."*

Se ritiene di trovarsi nelle condizioni di cui sopra, potrà richiedere il certificato compilando il modello allegato alla presente.

La domanda di certificato per l'ammissione al voto domiciliare deve indicare l'indirizzo dell'abitazione in cui l'elettore dimora e un recapito telefonico, per consentire una risposta rapida.

La richiesta dovrà essere fatta pervenire al Direttore U.O. Igiene Pubblica o mediante consegna all'Ufficio Protocollo del Servizio Igiene Pubblica, Via Fausto Beretta,7 Ferrara, o tramite posta elettronica certificata all'indirizzo [dirdsp@pec.ausl.fe.it](mailto:dirdsp@pec.ausl.fe.it) **entro lunedì 9 marzo 2020.**

Aldo De Togni  
Direttore U.O. Igiene Pubblica

**Richiesta di certificato medico**

**(Art. 1, L. 7 maggio 2009, n. 46)**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**telefono** \_\_\_\_\_

**chiede**

**che gli sia rilasciato il certificato di cui all'art. 1 del D.L. 3 gennaio 2006, n 1 (come modificato dalla L. 27 gennaio 2006, n. 22 e dalla L. 7 maggio 2009 , n. 46).**

**A tale fine dichiara quanto segue:**

**di essere affetto da** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**di essere in dipendenza continuativa e vitale dalla apparecchiatura elettromedicale di seguito indicata** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**di essere nella impossibilità di allontanarsi dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.**

**allega la documentazione sanitaria in suo possesso**

**A** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Firma**